

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N. 5.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

SUR UN

CAS DE TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Décembre 1921

PAR

Germain FLAYOLS

Né à Bras (Var), le 28 Avril 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	}	FORGUE, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
		MASSABUAU, professeur.		
		RICHE, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

SUR UN

CAS DE TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 5

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

SUR UN

CAS DE TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Décembre 1921

PAR

Germain FLAYOLS

Né à Bras (Var), le 28 Avril 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs
de la Thèse

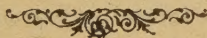
FORGUE, professeur, *Président*.

MASSABUAU, professeur.

RICHE, agrégé.

ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	}	MM. GILIS.
Histologie		VIALLETON.
Physiologie	}	GRYNFELT
Physique médicale		HEDON.
Chimie biologique et médicale		N...
Botanique et histoire naturelle médicales		DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique		GRANEL.
Microbiologie		MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales		LISBONNE
Pathologie interne		BOSC.
Thérapeutique et matière médicale		N...
Hygiène		VIRE.
Médecine légale et toxicologie		BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	}	N...
		DUCAMP.
Clinique chirurgicale		VEDEL.
Clinique obstétricale		TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique ophtalmologique		VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants		MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		TRUC.
Clinique gynécologique		BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		ESTOR.
Clinique des maladies des voies urinaires		DE ROUVILLE.
		MOURET.
		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	}	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine		RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées		MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale		ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie		GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Stomatologie		WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	{	EUZIERE.	Accouchements	{	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Chimie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE
		DELMAS (J.)			CABANNES
		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, professeur, <i>président</i> .	MM. RICHE, agrégé.
MASSABUAU, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON GRAND-PÈRE ET DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MA FILLEULE RAYMONDE FLAYOLS

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN FABRE LOUIS

SOLDAT AU 11^e RÉGIMENT D'INFANTERIE
Mort au Champ d'Honneur en 1915

A MES PARENTS

A MES AMIS

G. FLAYOL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE MARSEILLE
ET D'AVIGNON

G. FLAYOLS.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

SUR UN

CAS DE TUBERCULOSE UTÉRO-ANNEXIELLE

INTRODUCTION

Depuis la thèse inaugurale de Brouardel, en 1865 de nombreux travaux sur la tuberculose génitale chez la femme ont été publiés. Des publications récentes reprennent cette question et montrent que si les discussions sur ce sujet sont encore vives, ce n'est point qu'il soit insuffisamment étudié, mais plutôt que la localisation génitale de la tuberculose plus que toute autre affecte chez la femme des formes extrêmement dissemblables. Cela tient vraisemblablement à la complexité anatomique de l'arbre génital, à ses rapports intimes avec le péritoine, aux atteintes antérieures banales de l'appareil génital et à l'association fréquente de lésions tuberculeuses et gonococciques. Aussi pour formuler, à l'heure actuelle, une opinion personnelle, conviendrait-il de comparer un nombre considérable d'observations, de faire de nombreuses expérimentations et surtout de compléter l'étude de chaque cas

par un examen histologique minutieux, portant sur toutes les parties de l'appareil génital.

Le but que nous avons poursuivi au cours de notre travail est d'étudier aussi complètement que possible une observation de tuberculose génito-péritonéale. Cette observation, ainsi que les matériaux d'étude qu'elle comporte, nous ont été très obligeamment confiés par M. le professeur Forgue. Elle concerne une malade de son service et nous prions notre maître, de trouver ici l'assurance de notre très respectueuse reconnaissance.

Nos efforts se sont portés sur l'étude anatomique tant macroscopique que microscopique de ce cas. Avec les très belles coupes histologiques, pratiquées dans le laboratoire de M. le professeur Massabuau, nous avons pu, non seulement étudier les lésions annexielles, mais trouver dans la muqueuse utérine, le foyer primitif, apparemment du moins, des lésions génitales. Nous avons suivi les progrès de l'infection et essayé de reconstituer sa genèse dans sa propagation génito-péritonéale.

Aussi avons-nous cru devoir apporter dans nos conclusions toute la réserve qu'il convient en présence d'un cas isolé. Mais nous pensons que cette observation, rapprochée de quelques autres semblables, pourra peut-être modifier les notions couramment admises sur la genèse de la tuberculose génitale de la femme.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

M. J..., 37 ans, entre le 27 juin 1921, dans le service de M. le professeur Forgue, Hôpital Suburbain, pour douleurs abdominales, vomissements et métrorragies.

Depuis un an environ, elle souffre, dans la fosse iliaque et le flanc gauche. Depuis trois mois les douleurs se montrent plus vives, continues, à tel point qu'elle est obligée d'abandonner son travail de ménagère, souffrant continuellement nuit et jour.

En même temps apparaissent des périodes de diarrhée durant dix, quinze jours. Jamais elle n'a remarqué de sang dans ses selles. Mais elle se plaint, à cette époque, de vomissements alimentaires, sans caractère bien précis coïncidant avec les crises douloureuses.

Enfin, ses règles sont abondantes, depuis le début de sa maladie. Elle perd en moyenne pendant huit jours, et présente, au début de ses périodes, des douleurs lombaires et abdominales bilatérales caractéristiques. Depuis son entrée à l'hôpital, diarrhée abondante et métrorragie qui durent pendant quinze jours.

Elle a eu deux enfants, le dernier a 5 ans; les accouchements furent normaux; les enfants sont bien portants.

Nous ne relevons rien de spécial dans les antécédents personnels ou héréditaires; pas de symptômes pulmonaires. Au moment de l'examen, c'est une femme très ama-

grie (l'amaigrissement se serait manifesté très rapidement depuis trois mois), au teint pâle et aux muqueuses décolorées (elle vient d'avoir une métrorragie abondante), sans appétit.

Ce qui frappe à l'examen du ventre, c'est une rétraction très marquée de la paroi sur le plan vertébral. Cette rétraction, d'autant plus perceptible que la malade est maigre, rend l'exploration difficile. La paroi paraît immobilisée sur les plans profonds. Cependant, on peut se rendre compte qu'aucune masse anormale ne siège dans la cavité abdominale. L'hypochondre gauche en particulier dont se plaint la malade, ne présente rien de particulier. L'exploration des fosses iliaques montre, toutefois, un empâtement particulier prédominant à gauche. La pression est douloureuse de chaque côté.

TOUCHER VAGINAL. — Col normal, sans ulcération. L'utérus est latéralisé à droite, le fond est très superficiel et l'ensemble de l'organe paraît remonté. Il est fixé et déplacé vers la droite par une masse profondément perceptible en déprimant fortement le cul-de-sac gauche et le Douglas qui sont eux-mêmes tendus et douloureux. Cette masse paraît très dure, fixée, son pôle supérieur est perçu par la main abdominale; elle présente le volume d'un poing adulte. Ses contours ne sont pas nets. Ils paraissent infiltrés, et l'ensemble utéro-annexiel paraît lui-même fixé et adhérent, en situation haute. Le cul-de-sac droit est libre et non douloureux.

TOUCHER RECTAL. — Ampoule libre. Pas de rétrécissement, ni d'ulcération, mais on sent très haut, à bout de doigt à travers la paroi rectale fixée la masse annexielle occupant le Douglas avec les caractères décrits.

INTERVENTION le 7 juillet 1921, par M. le professeur Forgue. — L'incision de la paroi montre des masses annexiel-

les plus volumineuses à gauche qu'à droite, comblant le Douglas, et se réunissant en arrière de l'utérus en un bloc très adhérent à la fin de l'anse oméga et au commencement du rectum. Il y a aussi des adhérences étendues avec l'appendice qui présente, au niveau des vaisseaux iliaques un coude à angle aigu, son extrémité terminale remontant en haut et en dedans et qui est collé à la fosse iliaque par une nappe d'adhérences.

On commence par libérer le bloc de la fosse iliaque et de l'appendice qu'on résèque. On se porte alors vers les annexes droites, les moins volumineuses; elles sont criblées de granulations et dans le point où elles se rejoignent en arrière à la masse annexielle gauche, l'extrémité de la trompe est occupée par une masse caséuse épaisse qui, dans les premières tentatives de décollement, s'évacue et doit être cueillie à la curette. La dissection des annexes droites est très difficile; la masse a contracté des rapports avec l'uretère droit, et c'est sur ce canal même qu'il faut à coups de ciseaux libérer la masse. De même en arrière, les adhérences avec la charnière recto-colique sont très serrées et doivent être patiemment disséquées aux ciseaux. On arrive ainsi, ce qui est important, à rendre le Douglas accessible à droite et on peut, par un travail de décollement des doigts de la main gauche, décortiquer peu à peu, dérouler d'avant en arrière et amener au dehors, les annexes droites qui, préalablement, ont été libérées de la masse gauche par incision de l'adhérence médiane qui joignait en arrière les deux groupes annexiels.

On passe dès lors à la masse annexielle gauche qui, bien que plus volumineuse est plus facile à décortiquer.

Enfin ce travail de décortication doit se poursuivre en avant sur la vessie qui avait subi un déplacement considérable et qui était fixée et entraînée par des adhérences jusqu'à un travers de ponce à peine du fond utérin.

Ainsi libérés les organes sont extirpés suivant le procédé d'hystérectomie totale, habituel du service.

A noter que le péritoine des anses grêles et le péritoine pariétal sont criblés de granulations.

Les suites opératoires sont bonnes immédiatement, mais la malade succombe deux mois après à une granulie pulmonaire.

EXAMEN DES PIÈCES.— Macroscopiquement, on est frappé par la diversité des lésions que présentent les annexes. Du côté gauche, la trompe est le siège à son extrémité d'une dilatation kystique du volume d'une orange, à paroi mince, tremblotante, sur laquelle chemine flexueuse et adhérente la partie moyenne et l'extrémité utérine de la trompe. Cet hydrosalpinx présente un contenu séro-fibrineux qui s'est coagulé et a pris l'aspect de gelée de pomme. L'ovaire est adhérent à la partie inférieure de la poche, mais ne présente macroscopiquement aucune cavité kystique. Le kyste est uniquement tubaire.

Les annexes droites sont constituées par une trompe augmentée de volume (petit doigt), rouge, flexueuse, dont les sinuosités sont fixées par des adhérences inflammatoires. Les franges du pavillon sont épaissies, dépliées, mais l'ostium abdominale est perméable et peut être cathétérisé par le stylet. A la section, le conduit tubaire se montre rempli de caséum abondant.

Enfin, la cavité utérine dont les parois sont épaissies est remplie elle aussi de caséum en rétention comme on en rencontre dans certains abcès froids à la période de crudité.

En somme, ces pièces présentent trois lésions intéressantes: un hydrosalpinx, une salpingite caséuse et de la métrite tuberculeuse.

EXAMEN MICROSCOPIQUE (laboratoire de M. le professeur

Massabuan). — *Utérus*. — La coupe comprend la totalité de la paroi utérine. Les lésions prédominent dans la muqueuse et le chorion muqueux. Le muscle est respecté.

La muqueuse n'existe dans son intégrité que sur une portion minime de la coupe: dans cette portion elle présente une infiltration leucocytaire typique avec une hyperplasie des culs-de-sac des glandes comme on la rencontre dans les métrites glandulaires. Dans le chorion un amas de cellules géantes typiques avec leur couronne de cellules épithélioïdes très nette, se trouve au centre d'un ensemble qui évolue vers la caséification.

Partout ailleurs la muqueuse n'existe plus; elle est remplacée par des masses caséuses dont les caractères de dégénérescence sont plus accentués à mesure qu'on se rapproche de la cavité utérine. A cet endroit, aucun élément cellulaire n'est reconnaissable.

Plus profondément, on entre dans la zone vraiment active des lésions, représentée par une nappe de follicules tuberculeux très nombreux et une infiltration leucocytaire considérable.

Au-dessous de cette zone active le muscle utérin est relativement respecté en ce sens que nulle part on ne peut découvrir de figure vraiment spécifique comparable à celle qui existe dans le chorion; seulement quelques foyers d'infiltration leucocytaire banale se montrent par endroits.

Les vaisseaux du muscle utérin en particulier ne présentent aucune modification; partout l'endothélium est bien conservé et les parois des canalicules importants ne sont pas sensiblement épaissies. A noter cependant que les fentes lymphatiques sont nombreuses dans la portion qui avoisine immédiatement en dessous la zone active des lésions.

En somme, on peut rapprocher dans son ensemble cette

structure de paroi de celle d'un abcès froid, avec au centre des produits caséifiés, une zone de défense active caractérisée par la barrière de cellules géantes et en dehors le muscle utérin presque intact.

Trompe. — Dans l'ensemble les tuniques de la trompe sont bien conservées et partout reconnaissables. Le maximum des lésions siège dans la muqueuse et dans la partie avoisinante de la musculéuse.

A l'inverse de la muqueuse utérine, la muqueuse tubaire est intacte. La rangée des cellules épithéliales n'est interrompue nulle part. Mais elle est œdématiée, les plis tubaires sont boursoufflés et déplissés par l'infiltration inflammatoire sous-jacente. En ce point, dans le chorion muqueux siège le maximum des lésions. Elles sont représentées par des follicules tuberculeux très nombreux, plongés dans un tissu considérablement infiltré de lymphocytes et présentant par endroits des centres de caséification. Ces lésions spécifiques occupent toute la circonférence de la trompe, formant un anneau de lésions en activité à siège sous-muqueux et respectant dans leur ensemble les tuniques musculéuses dont les fibres sont très reconnaissables, peu altérées vers la lumière et arrivant à être intactes au contact de la séreuse.

Ovaires. — Les fragments d'ovaire prélevés ne contiennent aucune lésion tuberculeuse.

En résumé les lésions paraissent à un stade plus avancé au niveau de la muqueuse utérine, à un degré moindre sur les trompes et absentes sur les ovaires.

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES ET PATHOGENIQUES

L'observation que nous rapportons appartient à la forme anatomique la plus fréquente de la tuberculose génitale, avec extension des lésions au péritoine.

Les auteurs décrivent en général trois grandes formes anatomiques de tuberculose utéro-annexielle: les professeurs Forgue et Massabuan distinguent: la tuberculose granulique ascitogène de la trompe, la tuberculose lardacée de la trompe avec pelvipéritonite adhésite, la tuberculose endo-salpingienne (catarrhale, nodulaire, abcès froid, hydrosalpinx). Lenormant, dans un article récent (*Gynécologie et Obstétrique*, 1920), observe les mêmes distinctions sous des dénominations différentes: forme ascitique avec tuberculose miliaire des trompes et du péritoine pelvien, forme de tuberculose infiltrée caséreuse des annexes avec pelvipéritonite, les abcès froids tubaires comme les a décrits Albertin.

Les voies de pénétration du bacille ont donné lieu à d'innombrables controverses, sur lesquelles nous nous dispensons de revenir; on sait, et il est classique d'admettre, que la tuberculose génitale est presque toujours secondaire à un foyer latent ou évident. Cet apport se fait par la voie sanguine.

Mais le rôle primordial et la priorité des lésions péritonéales ont été soutenus par de nombreux auteurs. Dervaux, Goodal, Tédénat ont insisté sur l'atteinte préalable du péritoine. L'infection utéro-annexielle se ferait par l'ostium abdominale ou par extension des lésions et propagation à la faveur des adhérences. Dervaux cite même un cas dans sa thèse où la muqueuse tubaire paraissait s'être inoculée par aspiration du liquide ascitique. Pour ces auteurs, la voie suivie par l'infection est la voie descendante du péritoine vers la muqueuse utérine.

Cette théorie peut paraître soutenable pour certains cas, à lésions péritonéales très diffuses, appartenant à la forme ascitogène et granulique et où les lésions annexielles peuvent être placées au même rang que les lésions intestinales. Et encore dans ces formes, la prédominance des lésions pelviennes, la guérison durable obtenue seulement après ablation des annexes chez des malades traitées antérieurement par laparotomie simple, plaide en faveur de l'origine génitale de cette ascite et de cette péritonite tuberculeuse.

Plus difficile à soutenir nous paraît être cette théorie quand il s'agit de formes appartenant au second groupe anatomique relaté plus haut où les nodules tuberculeux apparaissent dans le chorion de la muqueuse tubaire, où il s'agit véritablement de salpingite tuberculeuse comme en témoignent l'examen des lésions et l'étude histologique des pièces. C'est un cas de ce genre que nous étudions, et nous croyons pouvoir montrer par l'analyse des faits anatomiques, macroscopiques et microscopiques, que la métrite et la salpingite tuberculeuse ont précédé les atteintes péritonéales.

PRÉDOMINANCE DES LÉSIONS ANNEXIELLES
ET DE PÉRISALPINGITE

Aussitôt l'incision abdominale faite, on est frappé par la diffusion des lésions du péritoine intestinal et pariétal qui contraste avec l'importance des lésions du petit bassin; à tel point qu'à un premier examen on aurait pu croire la décortication des annexes impossible à réaliser. Une petite quantité d'épanchement ascitique s'évacue, les anses grêles sont rouges et criblées de granulations, et un bloc inflammatoire transforme en une seule masse l'utérus, les annexes, l'appendice, le cæcum, et le rectum; le tout adhérent au péritoine pariétal; chaque élément restant à première vue caché dans cet inextricable fouillis. Dans toutes les observations la pelvipéritonite est relatée plus ou moins avancée mais prédominante sur les lésions du péritoine, qui elles, sont diffuses et moins profondes. Lenormant constate même que dans les formes ascitiques « les trompes sont manifestement altérées; elles sont allongées, flexueuses, grosses comme le doigt; la pression en fait sourdre quelques gouttes de pus ou de liquide blanchâtre et grumelleux; leur muqueuse est épaissie, tomenteuse, congestionnée, quelquefois ulcérée, presque toujours parsemée de granulations miliaires plus ou moins faciles à mettre en évidence au milieu des plis hypertrophiés ».

DÉTAILS DES LÉSIONS. — LES TROMPES. — PERMÉABILITÉ
DU PAVILLON

C'est sur les annexes droites que les lésions prédominent et que la péri-salpingite est le plus étendue. Nous

avons noté qu'elles sont criblées de granulations, l'extrémité de la trompe, est épaissie par une infiltration et une masse caséuse qui occupe sa lumière, la paroi de la trompe est très mince puisqu'elle ne supporte pas la traction exercée sur elle et qu'elle s'ouvre et évacue son contenu. L'appendice est enfoui dans ce bloc d'adhérences épaisses. Il doit être réséqué. L'uretère droit est lui-même très adhérent à la masse et sur lui la dissection doit être poussée aux ciseaux; la masse annexielle est dégagée d'avant en arrière et déroulée après ce travail long et minutieux de décortication.

A gauche, au contraire, le compte rendu de l'intervention nous dit que la masse plus volumineuse est libérée plus facilement. Elle consiste en un hydrosalpinx à parois minces mais autour de lui la périsalpingite est beaucoup moins intense qu'à droite et c'est facilement qu'on peut décortiquer trompe et ovaires droites.

Or, un détail très intéressant, noté dans l'observation, au moment de l'examen des pièces, nous donne, si notre conception est juste, l'explication de cette différence de périsalpingite du côté droit et du côté gauche: *c'est la perméabilité de l'ostium abdominale droit*. La salpingite droite était une salpingite ouverte, la gauche était fermée. Quel que soit le processus anatomique qui soit en cause dans l'occlusion de l'extrémité de la trompe gauche, celle-ci était le siège d'un hydrosalpinx gélatineux, elle était en rétention et son contenu ainsi retenu, n'avait pu déterminer les lésions inflammatoires avancées, que les détritits tuberculeux, constamment déversés par la trompe droite, ont provoqué dans son voisinage. Le mot imagé de Montprofit semble ici réalisé: « L'orifice du pavillon de la trompe est vraiment comme une bouche qui souffle l'inflammation sur le péritoine qui l'entoure ».

Ces constatations sont à rapprocher d'observations de Murphy que nous trouvons résumées dans la thèse de Rives :

I. — M. B..., 26 ans. Antécédents: leucorrhée de tous temps. Depuis deux ans, douleurs dans les régions ovariennes, surtout à droite, douleurs lombaires. Cinq poussées de pelvipéritonite en dix-huit mois, la dernière il y a cinq semaines. Défense musculaire dans le bas ventre. Sensibilité plus vive à droite. Utérus modérément fixé. Culs-de-sacs indurés, mais non empâtés. Masse noduleuse à droite dans le Douglas. Trompes tuméfiées, non mobiles. Opération: péritoine congestionné. Ascite. Adhérences lâches autour des trompes. Dans chaque trompe à un demi-pouce de la corne utérine, masse caséuse: des masses secondaires se trouvent à un demi ou un pouce plus en dehors. Œdème et ectropion des franges avec petits foyers tuberculeux blancs. Il sortait des masses caséuses de l'extrémité des trompes. Tubercules confluent dans le Douglas. Tendance du tissu fibreux à limiter les tubercules. On enlève les trompes au ras de l'utérus. On laisse les ovaires qui présentent quelques tubercules paraissant indépendant des follicules de Graaf. Eventration (due au drainage). Opération, dix mois après la première. Aucun signe de tuberculose, ni adhérences, ni ganglions tuméfiés. Ovaires sains. Utérus tel qu'il avait paru la première fois. Péritoine comme normal.

L'infection péritonéale était vraisemblablement entretenue d'une façon continue par l'évacuation des produits tuberculeux de la muqueuse tubaire.

Deux ans après, on revoit la malade en parfaite santé; il n'y a plus eu de douleurs. Menstruation normale.

II. — Femme de 32 ans. Le mari est traité depuis trois ans pour tuberculose: pleurésie, ostéite, épididymite avec bacille dans le sperme et l'urine. Début, il y a quatre mois. Poussée de pelvipéritonite. Rechutes chaque trois à six semaines avec douleurs vives, fièvre, sensibilité très grande à la palpation dans la région pelvienne. Trompes tuméfiées. Un peu d'ascite. Utérus mobile, culs-de-sacs non empâtés, seulement un peu d'induration des replis péritonéaux. Diagnostic: péritonite et salpingite tuberculeuses sans apparence d'autres localisations. Opération: trompes tuberculeuses tuméfiées. Ectropion marqué de la muqueuse sur le pavillon. Masses caséuses épaisses sur chaque trompe à trois quarts de pouce de la corne utérine; là paraît être le foyer initial. Sur les culs-de-sacs éruption tuberculeuse confluyente: à distance des trompes le nombre des tubercules diminue sur le péritoine, il n'y en a plus au-dessus du promontoire. On enlève les trompes. La guérison complète a duré neuf ans.

Ces deux observations rapprochées de celle qui fait l'objet de notre étude, montrent bien le rôle de la *béance du pavillon*. Sans vouloir ignorer les autres modes de propagation (en particulier par la voie des espaces lymphatiques), elles nous permettent d'affirmer que l'inoculation ascendante du péritoine par les trompes existe.

LES OVAIRES. — INTÉGRITÉ DU PARENCHYME.

PÉRI-OVARITE

Les ovaires sont respectés dans notre cas. C'est la règle habituelle. Le tissu ovarien paraît offrir une certaine résistance au bacille de Koch. A ce propos, dans un article récent, Hartmann, Bergeret et Remilly, comparent l'inté-

grité fréquente du testicule et l'envahissement de l'épididyme avec l'envahissement de la trompe et l'intégrité de l'ovaire. Mais ce qu'on constate dans les observations comme dans la nôtre, c'est la constance de la péri-ovarite. Ce qui prouve bien que l'ovaire est inoculé par sa surface péritonéale, nous voulons dire par sa surface qui est exposée dans la cavité péritonéale. C'est elle qui reçoit les produits tuberculeux issus de l'ostium abdominale. Autour d'elle se forment des adhérences inflammatoires, bien que son parenchyme soit respecté. Et cet organe est atteint au même titre et par le même processus de propagation ascendante que l'était l'appendice dans notre observation.

Utérus. — Il présentait des lésions manifestes d'endométrite. A l'intérieur de la cavité utérine, une quantité notable de caséum témoignait de cette atteinte, que l'examen microscopique a montré très avancée. Cette endométrite caséuse est rare, ou plus exactement rarement étudiée dans les observations publiées. Elle nous a paru être la lésion la plus avancée en évolution de l'appareil génital de cette malade et peut être considérée comme le foyer le plus important.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Endométrite caséuse.* — Les lésions siègent dans la muqueuse et dans la sous-muqueuse le muscle est respecté. La muqueuse ne persiste que sur un point assez restreint, caractérisé par une infiltration leucocytaire intense et la prolifération des culs-de-sacs glandulaires. Partout ailleurs, ce sont des *ulcérations* caractéristiques au niveau desquelles la muqueuse a complètement disparu. On ne trouve plus de traces de glandes et le chorion est en contact avec le contenu caséux de la cavité utérine. Dans cette zone se trouvent les

lésions vraiment spécifiques. C'est la zone active. Elle présente en effet une grande quantité de follicules tuberculeux typiques, disposés en rangée assez régulière dans la sous-muqueuse et entourés d'une infiltration leucocytaire considérable. C'est la zone de défense, c'est la barrière protectrice qui sauvegarde l'intégrité du muscle utérin. En effet, le muscle n'est point infiltré. Il n'y a aucune figure d'aspect spécifique à son niveau. De l'autre côté de cette zone de défense dans la cavité utérine, les déchets caséux, les produits dégénérés. Cette figure rappelle dans son ensemble la constitution de l'abcès froid ordinaire. Ce sont là des lésions avancées et nous allons voir que, sur la muqueuse tubaire et encore moins sur l'ovaire, on ne trouve de points où l'infection présente de tels progrès.

Salpingite nodulaire. — La muqueuse tubaire est conservée. Nous ne trouvons pas d'ulcération; partout la lignée épithéliale des cellules de revêtement est intacte. Les franges sont certainement épaissies, les plis sont tuméfiés et la lumière en est d'autant réduite. C'est qu'en effet dans la sous-muqueuse une intense infiltration leucocytaire imprègne le tissu conjonctif et au contact des fibres musculaires des follicules tuberculeux très caractéristiques sont là comme à l'utérus disposés en foyers dont l'assemblage forme un cercle de défense intermédiaire entre la muqueuse et la musculeuse. Aucun de ces nodules tuberculeux n'est arrivé à la caséification. C'est que les lésions sont ici moins avancées que celles de l'utérus et nous avons tout lieu de supposer que le caséum trouvé à l'intérieur de la trompe provenait des foyers utérins. Il est regrettable que des coupes plus nombreuses n'aient pu être faites sur divers segments de la trompe, pour mieux identifier l'origine de ce pus caséux.

Péri-ovarite. — L'étude histologique de l'ovaire n'a pas permis de retrouver de cellules géantes dans son parenchyme. Par endroits des foyers d'infiltration leucocytaire mais nulle part nous n'avons pu mettre en évidence de figures de cellules géantes ou de nodules tendant à la caséification.

*
* *

L'ensemble de cette étude anatomique, poussée dans ses détails et surtout portant sur divers points de l'appareil génital atteint de tuberculose, permet de se rendre compte de l'évolution et de la marche des lésions bacillaires.

Dans les nombreuses observations que nous avons lues en effet, les altérations de l'utérus ne sont pas mentionnées, dans certaines on constate une endométrite à apparence macroscopique banale! Rares sont celles où l'examen histologique de la muqueuse utérine fut pratiqué et analysé.

D'après Simmonds cependant la concomitance des lésions tuberculeuses utérines serait très fréquente. Il dit l'avoir constatée dans sept cas sur huit. Mais la notion couramment admise de la localisation prédominante de la tuberculose sur la trompe incite à considérer comme banale toute métrite coexistante.

En fait, dans le cas que nous étudions l'utérus nous paraît être le foyer principal des lésions de l'appareil génital. Nulle part ailleurs ni dans la trompe, ni dans l'ovaire, nous n'avons trouvé un degré aussi avancé du processus tuberculeux. La muqueuse utérine est nécrosée, elle a disparue, transformée en pus caséeux. A sa place, une large ulcération qui met le muscle utérin au contact du caséum. La muqueuse tubaire au contraire est conservée et l'in-

flammation nodulaire que présente son chorion n'est pas encore arrivé au stade ulcératif. Quant à l'ovaire, il n'est pas spécifiquement atteint et son parenchyme ne présente que des signes d'inflammation banale.

Au niveau de l'appareil génital de la femme, comme ailleurs, l'infiltration tuberculeuse est « inflammatoire, ulcéreuse, caséuse, extensive » (Lenormant). Au niveau de la muqueuse utérine de notre malade, elle paraît avoir atteint le troisième caractère de la classification de Lenormant, alors que la trompe n'est atteinte qu'au premier degré. Et ce foyer bacillaire si avancé au niveau de l'utérus permet de croire que là se trouve le foyer initial. La propagation des lésions s'est certainement faite par la voie ascendante, par la voie tubaire et les déchets de la trompe se sont largement répandus par l'ostium abdominale.

Ce cheminement ascendant des bacilles et des produits tuberculeux est à la base de la théorie qui admet l'existence d'une infection ascendante, en particulier d'une infection par le coït avec un sujet tuberculeux. Ce transfert des bacilles a d'ailleurs été vérifié expérimentalement par Jung, Baumgarten, qui ont constaté des lésions tubo-ovariennes à la suite d'inoculations vaginales.

Nous ne concluons pas cependant que les lésions utérines représentaient un foyer primitif chez notre malade. Il est vraisemblable qu'elles étaient secondaire à un foyer pulmonaire, puisque une granulie pulmonaire a entraîné l'exitus. Mais nous pensons qu'au niveau de l'arbre génital c'est la muqueuse utérine qui a été d'abord atteinte; les lésions se sont ensuite propagées par voie tubaire au péritoine.

Le cheminement en surface a-t-il été seul suivi? Il est probable que cette infection ascendante a emprunté d'au-

ties voies de propagation. Les espaces lymphatiques en particulier doivent jouer un grand rôle dans cette extension; principalement ceux de la sous-muqueuse, car le muscle est beaucoup plus résistant à l'infection tuberculeuse secondaire et en effet sous une muqueuse tubaire intacte, nous avons trouvé des foyers de follicules tuberculeux, qui n'avaient pas encore endommagé la musculuse.

* * *

L'étude et la publication de cette observation ne présentent pas seulement un intérêt documentaire. Elles comportent un enseignement valable au point de vue de la conduit à tenir en présence de tuberculoses génitales à lésions discrètes ou bien localisées en apparence à l'appareil annexiel. Le traitement conservateur (laparotomie simple, annexectomie uni ou bilatérale) est adopté encore: il est vrai que dans beaucoup de cas les chirurgiens ont été obligés d'intervenir secondairement pour une opération radicale.

Nous ne parlons pas naturellement des cas où ces adhérences au rectum, aux anses intestinales, au péritoine pariétal du petit bassin rendent impossible toute tentative d'extirpation. Devant de telles lésions, il faut reculer en raison des grands dangers que l'intervention entraînerait chez une personne épuisée. L'opération prend alors la valeur d'une laparotomie exploratrice.

Mais dans les formes ascitogènes avec lésions annexielles paraissant limitées, la méthode conservatrice expose l'opérateur à laisser au niveau de la muqueuse utérine un foyer souvent latent, qui sera l'origine de récidives.

La tuberculose péritonéale se rencontre le plus souvent

chez la femme, rarement chez l'homme. La cause de cette prédominance n'est-elle pas à chercher dans l'infection génitale par cause externe (instruments, linges souillés, coït) l'inoculation étant d'autant plus facile que les plaies ou érosions de la sphère génitale sont très fréquentes.

L'infection tuberculeuse des organes génitaux chez la femme se fait souvent par la voie ascendante; si les lésions génitales sont secondaires à la péritonite, la localisation utérine coexistant avec la salpingo-ovarite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne l'admet généralement: pour ces raisons, on doit s'efforcer de pratiquer d'emblée l'hystérectomie totale qui permet d'extirper tout le tractus par où l'infection s'est peut-être faite.

CONCLUSIONS

I. — La genèse des lésions de tuberculose génitale de la femme et la propagation de l'infection sont très discutées. Il est probable que la localisation génitale est bien souvent secondaire à un foyer évident ou latent, généralement pulmonaire: l'apport se fait dans ces cas par la voie sanguine.

II. — Les rapports de la tuberculose génitale et péritonéale, toujours coexistantes, ne sont pas univoques; pour certains, les deux processus sont contemporains; pour d'autres le péritoine est d'abord atteint, l'infection suit la voie descendante: pour d'autres enfin, l'appareil génital est le foyer primitif, l'infection se propage par voie ascendante.

III. — Nous étudions un cas de tuberculose annexielle où l'infection paraît avoir suivi le mode ascendant. Nous croyons pouvoir l'affirmer en raison:

De la décroissance des lésions histologiques de l'utérus aux annexes, métrite casécuse avec ulcérations spécifiques de la muqueuse utérine jusqu'au muscle; tuberculose catarrhale et nodulaire de la trompe, intégrité de l'ovaire.

De la prédominance de la pelvipéritonite autour de la trompe droite dont l'ostium abdominale était perméable (salpingite ouverte), de son absence autour de la trompe gauche portant un hydrosalpinx (salpingite fermée).

IV. — La coexistence de lésions utérines dans la tuberculose génitale est plus fréquente qu'on ne pense. Sa présence passe facilement inaperçue en raison de la prépondérance des signes cliniques que donne aux lésions salpingo-ovariennes la proximité du péritoine, de la latence clinique de l'endométrite tuberculeuse et des manifestations cliniques banales qu'elle présente quand elle se manifeste.

V. — Les interventions conservatrices sont, en conséquence, exposées à être incomplètes. L'hystérectomie totale, chaque fois que son exécution est possible, reste l'opération de choix en matière de tuberculose génitale.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1909, consulter la thèse de RIVES, « *Tuberculose des annexes de l'utérus* », Montpellier, 1909.

ABADIE. — Contribution à l'étude de la tuberculose génitale chez la femme; rapport de Picqué *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1913.

— Deux formes de tuberculose génitale chez la femme. *Gynécologie*, Paris, 1912.

ARRIVAT. — A propos d'un cas de tuberculose annexielle. *Montpellier médical*, juillet 1913.

BARDELEBEN. — Traitement chirurgical de la tuberculose gynécologique. *Congrès international de la tuberculose*, Rome, 1912.

BÉRARD. — Castration pour tuberculose annexielle. *Lyon Médical*, 1913.

BERGERET et BOTHELHO. — Un cas de tuberculose de l'utérus. *Soc. anatomique*, Paris, juin 1919.

BILIG (Mlle). — Contribution à l'étude de la tuberculose annexielle. *Thèse de Montpellier*.

BROUHA. — Tuberculose primitive du canal cervical de l'utérus. *Rev. de chir. abd. et de gynéc.*, 1912.

DELORE et CHALIER. — Tuberculose génitale chez l'homme et chez la femme. Doin, éditeur, 1921.

FAURE. — Congrès international de Rome, 1902.

- FORGUE et MASSABUAU. — *Nouveau traité de chirurgie: Gynécologie.*
- FORGUE et CHAUVIN. — La tuberculose du kyste de l'ovaire. *Revue de chirurgie*, nov.-déc. 1919.
- HARTMANN, BERGERET et REUILLY. — La tuberculose salpingo-ovarienne. *Gynécologie et obst.*, t. II, 1920, n° 1.
- JAYLE. — Tuberculose de la trompe. *Presse médic.*, juin 1913.
- JOVIN. — Endométrite tuberculeuse chronique. *Soc. obst. et gynéc.*, Paris, 14 mars 1912.
- KUNDRAT (Etienne). — Sur la tuberculose génitale chez la femme. *Archiv. f. Gyn.*, 1920, n° 1.
- LENORMANT. — La tuberculose génitale de la femme. *Progress médical*, 1909, et *Gazette de gynécol.*, 1909.
- LENORMANT et MOULONGUET. — Tuberculose des annexes de l'utérus. *Gynécologie et obstétrique*, t. II, n° 6, 1920.
- MAUCLAIRE. — Tuberculose génitale de la femme. *Revue de la tuberculose*, Paris, 1912.
- PATEL et OLIVIER. — Thérapeutique conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. *Revue gynéc. et chir. abdom.*, juillet 1913.
- PATEL. — Absès froid tubaire bilatéral. *Réunion obst. et gynéc. de Lyon*, mars 1920.
- POLLOSSON. — Tuberculose utérine. *Société chirurgie de Lyon*, avril 1913.
- RAFKA. — La genèse de la tuberculose tubaire. *Archiv. f. Gyn.*, t. CXIII, fasc. 3, 1920, p. 490.
- REMILLY. — Tuberculose génitale de la femme. *Thèse Paris*, 1920.
- ROUTIER. — Tuberculose des organes génit. de la femme d'origine ascendante. *Thèse de Paris*, 1909.

DE ROUVILLE. — A propos de trois cas de tuberculose annexielle. *Montpellier médical*, 1913.

SIMMONDS. — *Archiv. f. Gyn.*, Berlin, 1909, t. LXXXVIII.

VAUTRIN. — Tuberculose de l'ovaire. *Revue méd. de l'Est*, 15 janv. 1920.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
*Considérations anatomiques sur un cas
de tuberculose utéro-annexielle*, par
M. Germain FAYOLS.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 23 novembre 1921.

Le Professeur,
FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 24 novembre 1921.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 24 novembre 1921.

Le Recteur.

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
